



ŞİKAYET VE İTİRAZ KAYIT FORMU

Tarih		No	
Müşteri/Firma Adı:			
Yetkilinin Adı/Görevi:			
Adres Bilgileri:			
Tel-Fax/E-mail:			
Şikâyetin/İtirazın Ulaşma Şekli:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Müşteri Ziyareti <input type="checkbox"/> Fuar-Seminer		
Şikâyeti /İtirazı Alan Yetkilinin:	Adı Soyad:		
	Görevi:		
	İmza:		
Şikâyetin-İtirazın Konusu/Tarifi			
Şikâyetin-İtirazın Değerlendirilmesi			
Yapılacak Faaliyetler			
			<input type="checkbox"/> Düzeltici Faaliyet İsteği Form No:
			<input type="checkbox"/> İyileştirici Faaliyet İsteği Form No:
Faaliyet Sorumlusunun:	Adı Soyad:		
	Görevi:		
	Termin Tarihi:		
	İmza:		
Sonuç			
Değerlendirmeyi Yapan:	Adı Soyad:		
	Görevi:		
	İmza:		
Müşteriye Geri Bildirim Yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Açıklama			